

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CICLO LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
SEDE CRUZ ROJA FILIAL SAN RAFAEL.**



Tema:

**RECONOCIMIENTO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE
MALTRATO Y ABUSO INFANTIL
POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.**

*(Estudio cuantitativo, analítico, transversal realizado en el
Hospital Teodoro J. Schestakow, durante los meses de enero hasta
junio 2009).*

AUTORAS: Figuroa, Laura

Yantén Silvia

**San Rafael, 03 de octubre
2009.**

ADVERTENCIA

Esta investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo; no podrá ser publicada en todo ó en parte sin el consentimiento escrito de las autoras del trabajo.

INVESTIGACIÓN APROBADA

INTEGRANTES DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Presidente: Dr. Walther Zuuzla

Vocal: Lic. M. Rosa Reyes

Vocal: Lic. Jorge G. Michel

Nota:

03 / 10 / 09.

PRÓLOGO O PREFACIO

La realidad a la cual nos enfrentamos con frecuencia, referida a los casos de niños que padecen el Síndrome de Maltrato nos llevó a reflexionar y preguntarnos cuanto sabe el personal de enfermería sobre signos y síntomas y si se encuentran capacitadas para actuar en tal situación.

Ya que sin duda existe una falla de índole social que expone a los niños de nuestra sociedad a vivir una infancia torturada, llena de temores. Hay una influencia directa de los diversos factores de riesgo al que cada familia está expuesta.

El Rol de la Enfermera frente a estos casos es de vital importancia, ya que es él/ ella quién se pone en contacto con el paciente niño y padres, logrando así la detección de signos que alertan a los miembros del equipo de salud, para llegar al Síndrome de Maltrato Infantil.

El papel de la Enfermera frente a estos casos es amplio, no está limitado a brindar los cuidados específicos referidos al tratamiento físico y terapéutico, sino ofrecer apoyo integral orientado a las dimensiones psíquicas y sociales.

AGRADECIMIENTOS.

Esta tesis fue elaborada en base a una ardua tarea en nuestro quehacer diario hospitalario, con la colaboración de nuestras colegas, quienes con su aporte nos ayudaron a realizar la misma.

A nuestras familias un agradecimiento especial, por estar siempre a nuestro lado, apoyando nuestras decisiones de estudiar y perfeccionarnos día a día.

A nuestros profesores de la cátedra, Dr. Zabala y Lic. Jorge Michel, por orientarnos en ésta nueva etapa de profesionalización, dándonos ánimo y fuerzas para seguir estudiando.

Un agradecimiento a nuestra Jefa de Enfermería: Lic. Sandra E. Alarcos, que con su experiencia y profesionalización nos guía y nos apoya a crecer tanto en nuestra profesión como en nuestra vida cotidiana.

También un especial agradecimiento a aquellas personas que con su pequeño gran granito de arena nos guiaron en ésta tesis, profesionales médicos, psicólogas, pacientes, etc.

A Dios, un agradecimiento especial al darnos la oportunidad de estar vivas, ejercer ésta hermosa y bella profesión que es la Enfermería.

INDICE GENERAL.

Advertencia	Pág.. II
Investigación Aprobada	Pág.. III
Prologo o Prefacio	Pág.. IV
Agradecimiento	Pág.. V
Índice General	Pág.. VI
CAPITULO I: Planteo del problema	
Introducción	Pág.. 2 - 3
Justificación	Pág.. 3 - 4
Objetivos: Generales y Específicos	Pág.. 5
Marco Teórico	Pág.. 6 - 28
CAPITULO II: Diseño Metodológico	
Área de Estudio – Universo	Pág.. 29 - 30
Muestra y Técnica de estudio	Pág.. 30 - 31
TABLAS Y GRÁFICOS	
Tabla N° 1: Distribución de la población según la edad	Pág.. 32
Tabla N° 2: Distribución de la población según sexo	Pág.. 33
Tabla N° 3: Distribución de la población según el sector de trabajo	Pág.. 34
Tabla N° 4: Distribución de la población según años de antigüedad	Pág.. 35
Tabla N° 5: Distribución de la población según el nivel de capacitación	Pág.. 36
Tabla N° 6: Distribución de la población según situaciones de maltrato infantil a intervenir	Pág.. 37
Tabla N° 7: Distribución de la población según entidad a quien acudir en caso de denunciar maltrato infantil	Pág.. 38
Tabla N° 8: Distribución de la población según nivel de profesión	Pág.. 39
Tabla Matriz	Pág.. 40
Resultados y Discusión	Pág.. 41 - 42
Conclusión	Pág.. 43
Propuestas	Pág.. 44
Bibliografía	Pág.. 45 - 46
Anexos	Pág.. 47 - 51

CAPÍTULO I:

PLANTEO DEL PROBLEMA.

INTRODUCCIÓN

La razón por la cual investigamos el tema del Maltrato Infantil, es que desde años anteriores ha existido y nos pareció de mucha importancia, ya que la sociedad antiguamente no le daba la debida atención, sin embargo, en nuestros tiempos ha despertado gran interés y/o preocupación para ayudar a los niños que han sufrido algún tipo de maltrato.

Con el paso del tiempo esta situación se incrementa, por esa razón este tema a objeto de dilucidar las causas que originan estos maltratos y buscar las formas de cómo ayudar a éstos niños que han sufrido algún tipo de maltrato.

El maltrato infantil es uno de los hechos que más afecta el desarrollo físico – mental de un niño.

Es importante mencionar que los niños son el futuro del país; son ellos los que estarán encargados de desarrollarlos y para ello requieren de una adecuada salud física y psicológica, a fin de evitar que se transformen en individuos inseguros, sin educación y en el peor de los casos: trastornados.

Esta investigación pretende conocer cuánto sabe el personal de enfermería de maltrato y como debe actuar en estos casos. Demostrar que el personal de la salud hoy es un protagonista importante en el equipo de salud, en la detección de signos, síntomas, saber cuáles son los procedimientos y normativas a seguir para asesorar y guiar. Interpretar los factores de riesgo y las conductas de los niños y de los maltratadores. Y las consecuencias que podrían tener a corto y largo plazo, ya que sabemos que nuestra sociedad existen padres que pretenden dar una buena educación a sus hijos disciplinándolos de una manera incorrecta ó también en muchos casos el padre no cumple ningún propósito disciplinario, mas bien, sirve de escape para su propia ira, sentimientos frustración y desdicha.

El primer paso en toda intervención es el conocimiento. Por ello la importancia de que la Enfermera/o se informe acerca del maltrato infantil y sus consecuencias.

Esto permite no solo la educación de los padres sobre este hecho, sino también que tomen medidas para ayudar ó para no maltratar a los hijos. Todo niño maltratado necesita ayuda, y aún más el padre que arremete a su hijo.

“Todo tipo de maltrato tiene consecuencias a largo plazo”.

Pero puede que no solo sean consecuencias a largo plazo, sino pueden presentarse también a corto plazo; una de ellas puede ser que el niño presente un comportamiento y/o actitudes muy distintas al de cualquier otro, en el caso de golpes y agresión física puede provocar consecuencias al instantes (moretones y fracturas). A largo plazo pudiera darse dos situaciones: estos niños en el futuro pueden ser padres de familia que maltraten a sus hijos o por lo contrario pueden ser padres de familia que por haber sido maltratados, no les gustaría que sus hijos sufrieran lo mismo.

JUSTIFICACIÓN.

El maltrato infantil afecta el desarrollo biológico, el psicológico y social del niño. Mientras más pequeño sea el niño y menos oportuna sea la ayuda que se le pueda brindar, más severas serán las consecuencias.

Ser maltratado en la primera infancia puede producir un retardo del crecimiento del niño y una relación de apego insegura, que podrá alterar su desarrollo socio emocional, condicionando patrones anormales de interacción hacia las personas, entre otras disfunciones.

En la edad preescolar se expresa en comportamientos de temor y evitación hacia las personas y en repuestas agresivas a sus acercamientos o conductas abusivas con otros niños.

En la edad escolar se manifiesta en baja autoestima que puede llegar a la depresión, conducta retraída o agresiva y una relación alterada con los demás niños, problemas conductuales, bajo rendimiento escolar.

En los adolescentes el ser maltratado puede asociarse a psicodependencias y riesgos de depresión y suicidio.

Muchos de los niños que son maltratados, internalizar e imitan estilos de relaciones interpersonales agresivas y mayor probabilidad de presentar conductas disociadas en la edad adulta.

Como enfermeras pediátricas debemos estar capacitadas para: tratar, atender, comprender, actuar, conocer: cuáles son las categorías en que se divide el maltrato, cuáles son los factores de riesgo, detectar los signos pero principalmente los síntomas y familiarizarse con las conductas que debe seguir e interpretar los comportamientos que demuestran los niños.

El servicio de pediatría es el único centro de internación pediátrica, el conocimiento, la valoración, la observación y la experiencia o destreza son las principales herramientas con que contamos para la detección del maltrato, ya que muchas veces los niños internados no siempre ingresan con el diagnóstico. Y nuestro accionar diario debe estar alerta para reconocer signos o síntomas de maltrato en cualquiera de sus categorías.

El niño es receptivo de todo acontecimiento en que está involucrado, cualquier experiencia puede dejar huellas tanto estimulantes como debilitadoras.

También aumenta el número de personal de nuevo ingreso en enfermería, y nuestro accionar como equipo de salud ha tomado protagonismo y ocupado un lugar que hasta hace poco no tuvimos.

Por estas importantes razones es que pretendemos investigar: si estamos o no capacitadas para actuar en casos de maltrato infantil.

PREGUNTA PROBLEMA.

¿EI PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA, UTI PEDIÁTICA Y PEDIATRÍA DEL HOSPITAL TEODORO J. SCHESTAKOW, CONOCE: CUÁLES SON LOS TIPOS O CATEGORÍAS DE MALTRATO, SUS FACTORES DE RIESGO Y CÓMO SE MANIFIESTAN LOS PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

❖ *Determinar a través de un estudio cualitativo -analítico; si el personal asistencial de Enfermería conoce signos y síntomas de Maltrato Infantil y las características o comportamiento de los abusadores.*

Objetivos específicos:

❖ *Detectar si enfermería conoce cuales son los tipos de Maltrato Infantil.*

❖ *Conocer los principales indicadores que manifiesta el Maltrato.*

❖ *Determinar si el personal de enfermería está capacitado para detectar posibles casos de maltrato.*

❖ *Identificar si enfermería sabe como actuar.*

MARCO TEÓRICO

MALTRATO INFANTIL

Maltrato infantil: es cuando la salud física o mental, la seguridad o integridad del niño están en peligro ya sea por acciones u omisión llevado a cabo por la madre, padre u otras personas responsables de su cuidado, produciéndose acción, omisión o negligencia.

En general se considera dos aspectos globales involucrados en su conceptualización. Por una parte, la violencia intrafamiliar y el maltrato constituyen una forma de poder ejercido en el contexto de las relaciones de dependencia que se da en la familia; el maltrato afecta el bienestar psicosocial del niño, del adulto responsable del maltrato, de la familia y de su entorno social. Pero también los gestos violentos son la expresión de una situación de abuso de poder, pero también produce sufrimiento en el abusado, en los propios abusadores y las personas que lo rodean.

Como causas del maltrato infantil en nuestra época, la desorganización familiar, falta de educación, carencia de recursos económicos, estrés, la ausencia de responsabilidad frente al menor y el mal entendido sentido disciplinario.

La historia evolutiva de los padres maltratadores, y la respuesta de abuso sería una consecuencia tanto de la propia historia de la infancia de los padres, como de los valores y prácticas de crianza infantil que caracterizan a la sociedad o subcultura en la cual el individuo, la familia y la comunidad se encuentran inmersos. El sufrimiento de la víctimas no puede ser verbalizados y socialmente reconocido, surge el riesgo que éste dolor se exprese a través de comportamientos violentos sobre otras personas (1).

(1) BRINGIOTTI M. *Maltrato Infantil, factores de riesgos*. Niño y Dávila Editores, Bs. As. 2000.

Se crea así, la posibilidad de un ciclo transgeneracional de la violencia, que ocurre cuando los menores cuentan del secreto o la mitificación de la experiencia vivida; por lo que podrían en el futuro desarrollar actitudes desviadas, como promiscuidad sexual, problema de comportamiento, delincuencia, entre otros trastornos.

Dentro de los factores de riesgo eco sistémico que co ayudan a la aparición del maltrato infantil y la violencia intrafamiliar, hay que considerar aspectos sociales como el contexto, la situación que surge la conducta, la calidad de vida, además de la influencia cultural y económica, como el modelo productivo imperante en una sociedad y a el nivel socioeconómico del sistema familiar.

Otro importante factor de riesgo es la estructura familiar, la inconsistencia de los roles paternos y maternos respecto de velar por el cuidado y desarrollo sano del menor, la incapacidad de adaptación a los cambios que puede estar expuesta la familia, la transformación de una familia extensa o aglutinada a una nuclear, entre otra.

MALTRATO FÍSICO

Cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo coloque en grave riesgo de padecerlo. (2)

Hay dos formas de maltrato físico:

- Castigo físico: es el empleo de fuerza física con intención de causar dolor, SIN LESIONAR, con el propósito de corregir ó controlar una conducta. Es difícil saber cuando termina disciplina y comienza el abuso.

(2)IRUNGARAY E. Participación del pediatra para prevenir el maltrato infantil. Prona 2000.

- **Abuso físico:** quemaduras, ojos morados, dolores inespecíficos que aparecen bruscamente sin explicación. Se considera la posibilidad de abuso si los padres o tutores no tienen un relato convincente, se enojan, no dan explicaciones, culpan a otros, etc.

INDICADORES

- **Golpes y moretones.**
- **Fracturas.**
- **Torceduras o dislocaciones.**
- **Heridas o raspaduras.**
- **Señales de mordeduras humanas.**
- **Cortes o pinchazos.**
- **Lesiones internas.**
- **Fracturas de cráneo. Daño cerebral.**
- **Asfixia o ahogamiento.**

ABANDONO FÍSICO

Aquella situación en que las necesidades físicas básicas del menor- alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en situaciones potencialmente peligrosas y/o cuidado médico- no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño.

Dilatar o rehuir la atención del problema de salud, echarse caso a un menor, no hacer denuncia, no procurar el regreso al hogar, dejar al niño solo en casa o a cargo de otros menores.

INDICADORES

- *Alimentación*
- *Vestimenta.*
- *Higiene.*
- *Cuidados médicos.*
- *Supervisión en situaciones potencialmente peligrosas.*
- *Condiciones higiénicas y de seguridad del hogar.*
- *Área educativa: ausencia e incompetencia en el rendimiento.*

MALTRATO EMOCIONAL

Habilidad verbal crónica en forma de insultos, burla, desprecio, crítica y amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles - desde la evitación hasta el encierro- por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.

Los niños habitualmente ridiculizados, insultados, regañados o menospreciados. Se los somete en forma permanente a presenciar actos de violencia física o verbal hacia otros miembros de la familia.

Maltrato emocional es toda acción que produce un daño mental o emocional en el niño, causándole perturbaciones de magnitud suficiente para afectar la dignidad, alterar su bienestar o incluso perjudicar su salud. (3).

INDICADORES

- *Rechazo a las iniciativas de apego en los niños pequeños.*

(3) BARRERA L. La agresividad encubierta en la educación del hijo. Revista del Hospital de Niños Pedro Elizalde 1993.

- *Exclusión de las actividades familiares.*
- *Transmisión casi habitual de una valorización negativa del niño.*
- *Negación de autonomía en los más grandes.*
- *Conductas de amenaza e intimidación.*
- *Conductas ambivalentes e impredecibles.*
- *Situaciones ambiguas en la comunicación- doble mensaje.*
- *Aislamiento, evitar los contactos sociales.*
- *Prohibición de participar en actividades con sus pares.*

ABUSO INFANTIL

El Abuso Sexual Infantil (ASI) se refiere al compromiso de un niño/a en actividades sexuales que no corresponde a su etapa evolutiva, es decir a su desarrollo psicosexual; siendo por definición emocionalmente inmaduro y dependiente.

¿Qué debemos entender por abuso sexual infantil?

1. *Iniciar prematuramente al niño en la sexualidad para satisfacer las necesidades exhibicionistas y/o de mirón del adulto.*
2. *Penetración en el ano del niño con dedo, pene u objetos extraños.*
3. *Penetración en la vagina o ano de la niña con dedos, pene u objetos extraños.*
4. *Tocamiento o manipulación de los genitales del niño.*
5. *Masturbación en presencia del niño.*
6. *Obligar al niño a masturbarse en presencia del adulto.*

7. *Mostrar ilustraciones pornográficas al niño.*
8. *Hacer fotografías pornográficas o películas del/ con el niño.*
9. *El adulto besa al niño de forma íntima.*
10. *Relaciones sexuales genitales- orales.*

En el caso del abuso sexual estamos ante la presencia de otra de las acciones que provocan en los niños un serio compromiso de su desarrollo.

Cuando un niño está inmerso o depende de actividades sexuales que, por su desarrollo inmaduro o por su adolescencia, no puede realmente comprender y sobre las que es incapaz de dar su consentimiento.

El camino que conduce a la aceptación de la existencia de juegos sensualizados que acontecen en los distintos momentos evolutivos, planteados por niños y adolescentes entre sí y de común acuerdo, sin que medie la coerción en cualquiera de sus formas. Los juegos con esas características no deben considerarse abusivos.

Del mismo modo que debemos aceptar estas realidades y conocer sus características, no podemos pasar por alto los hechos abusivos llevados a cabo por niños o adolescente con otros pares, en general de menor edad. No tomar conciencia sobre las necesidades de otorgar la pertinente rehabilitación a ambos (víctima y victimario) es facilitar la consagración de un futuro adulto abusador, con posibilidades mucho más limitadas para lograr el éxito terapéutico.

Es preciso atender al abuso sexual como una realidad que con frecuencia no se sospecha como factible en tanto la sociedad en su conjunto aún sostiene creencias y mitos que sustentan estos posicionamientos.

Entre otros está vigente la idea que los niños deben obediencia a los adultos; que los niños son abusados por desconocidos; que solo las niñas son abusadas; que la palabra del niño es menos creíble

respecto de la del adulto; que los niños mienten con facilidad; que se deben sostener secretos para preservar la intimidad de la familia.

De esta manera se promueve el fortalecimiento de hechos abusivos, siendo complicado para el niño, transparentar esos acontecimientos nefastos. También es bueno saber que la trascendencia del abuso sexual en la vida de un niño está en relación directa con el impacto emocional que le produce y repercute en su salud mental. En este caso particular no es el trauma físico, sino el psíquico el que provoca el trastorno en el desarrollo del chico.

La instalación de conductas que sugieren la existencia del abuso, surgen luego de un tiempo de haberse iniciado el mismo. Estas tendrán características particulares según la etapa del desarrollo en el que se encuentre el niño:

En el caso de aquéllos de edad preescolar observaremos:

- *Inquietud, irritabilidad y llanto aparentemente injustificado.*
- *Trastorno del sueño.*
- *Conductas regresivas incluyendo: retraso en el lenguaje, enuresis y encopresis secundarias.*
- *Miedos excesivos centrados en ciertas personas lugares o acciones.*
- *Juegos sexuales repetitivos e inapropiados a su edad cronológica.*
- *Masturbación compulsiva.*
- *Trastorno del sueño como pesadillas, terrores nocturnos, dificultad para conciliar el sueño.*
- *Dependencia excesiva de ciertas personas, estableciéndose ansiedad de separación.*

En los niños de edad escolar podremos apreciar:

- Conocimientos sexuales avanzados.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos serios del aprendizaje.
- Relaciones inadecuadas con sus pares.
- Problemas relacionados con trastornos de la imagen corporal.
- Cambios del humor.
- Modificación de los hábitos alimentarios.
- Conductas hipersexualizadas.
- Somatizaciones.

En los adolescentes será notorio:

- Falta de confianza.
- Aislamiento.
- Mala relación con sus pares.
- Fugas del hogar.
- Trastorno del sueño.
- Trastorno del rendimiento escolar.
- Consumo de drogas y alcohol.
- Anorexia y bulimia.
- Automutilación.
- Depresión severa.
- Intentos de suicidio.
- Contactos sexuales promiscuos.(4)

La sintomatología aludida por sí sola no es suficiente para validar el diagnóstico de abuso sexual, pero si debe dar lugar a sospechar su presencia.

El examen físico es entonces otro elemento a considerar. Su realización es necesaria en tiempo y forma.

(4).GARROTE N .Sociedad Argentina de Pediatría, Pronap 00, Módulo N°2.

Al margen de la buena disposición del niño para el examen, incluyendo la confianza y relajación adecuada, se necesita un profesional avezado en el conocimiento de las características de los genitales externos del niño/a, para que la exposición sea útil y aporte los elementos necesarios que contribuyan al esclarecimiento diagnóstico.

Con respecto a cerca de las características que reviste una familia en la que se instala esta modalidad abusiva con los hijos. Es cierto que son familias disfuncionales en la que prima la inmadurez en los integrantes de la pareja parental, así como la rigidez y el autoritarismo. El aislamiento social se justifica además por la idea transmitida a sus miembros, respecto de la desconfianza que merecen los desconocidos. Está presente el criterio de sostener la unidad familiar a cualquier costo, existiendo a veces conflictos conyugales apoyados, en la disfunción sexual. (5).

Muchas registran el antecedente de abuso sexual, que sostienen como un secreto más dentro de todos aquellos que conforman las modalidades interactivas.

Asimismo los niños deben asumir el rol de satisfacer las necesidades de los adultos, encontrándose confusamente mezclados con ellos, sin lograr una adecuada diferenciación.

En medio de esta constelación familiar, ¿cómo se instala el abuso?

Evidentemente no es un acto que surge de la noche a la mañana, sino que cumple varias etapas con características particulares y de manera progresiva.

Suele seleccionarse en primer lugar al niño que será depositario del hecho abusivo, instalándose con él una relación signada por la seducción a través de gratificaciones de distinto tipo.

(5) NEWBERGER E. *Abuso físico de niños. Clínicas de atención primaria* 1993.

Así se establece la inversión de roles aludida con anterioridad, conformando una situación abusiva psicológica.

Más tarde se irrumpe en la intimidad del niño, ridiculizándolo e incluyéndolo en conductas sexuales inapropiadas para su edad, siendo el objeto sexual del adulto. Esta modalidad se considera como abuso encubierto.

Por fin se llega a la instalación de contactos sexuales explícitos, como el manoseo, la masturbación, el sexo oral y en algunos casos las prácticas alcanzan la penetración.

La sintomatología producto de la instalación del trauma; establece cuatro factores traumatizantes:

*La sexualización traumática: surge como la resultante de que el menor no puede responder a la estimulación sexual adulta.

*La traición: es producto de la acción violenta ejercida por la persona considerada confiable para el niño y a la postre la que lo ofende y victimiza.

*La estimación: es la marca o impronta en la imagen corporal que provoca el acto abusivo, convirtiendo al sujeto en diferente.

*El sometimiento: provoca una marcada dependencia a la figura del abusador, experimentando en ocasiones una masiva invasión de su estructura corporal.

En este particular modo de abusar, los diagnósticos de los niños requerirán también de la presencia de un conjunto de elementos como las manifestaciones verbales o lúdicas, la sintomatología, los indicadores físicos si los hubiere, además de las características de la constelación familiar y las modalidades interactivas entre los componentes de las mismas.

TRES SITUACIONES A DIFERENCIAR:

A) Abuso sexual por un extraño: implica, el uso de la fuerza física y suele ser denunciado por la familia del niño en forma inmediata.

B) Abuso sexual extrafamiliar: provocado por alguien emocionalmente significativo para el niño, generalmente no existe fuerza física predomina la seducción y suele mantenerse en secreto; pero una vez conocido por los adultos responsables, acuden a la consulta.

C) Abuso sexual intrafamiliar: esta es la forma más frecuente, la de más difícil diagnóstico y tratamiento, dado que el abuso es mantenido en secreto por el grupo familiar.

FACTORES DE RIESGO

Características individuales del niño/a:

- Pasividad.
- Sumisión.
- Introversión.
- Discapacidad.
- Desamparo afectivo y todo factor que anule al niño como sujeto de necesidades y conflictos.

Características familiares:

- Pueden ser coyunturales, divorcios controvertidos.
- Nuevas uniones de grupos familiares.
- Los hábitos familiares: como cohecho, cohabitación, exhibicionismo, pornografía, etc.

FACTORES SOCIOECONÓMICOS:

- *Pobreza, promiscuidad, aislamiento social.*
- *El ASI (abuso sexual infantil) puede ocurrir en cualquier situación socioeconómica, cuyo factor clave es la desprotección emocional.*

¿Cómo nos damos cuenta que se trata de un ASI?

Consulta de los padres o cuidadores:

- *Por haber visto al menor en una situación abusiva.*
- *Porque el niño/a se lo expresó a alguien del entorno familiar o cercano.*
- *Porque le encontraron algún signo o síntoma que los preocupó.*
- *Porque en la escuela el niño/a comentó algo a los docentes detectaron algún síntoma sospechoso.*

¿QUÉ SUCEDE EN EL NIÑO ABUSADO?

Roland Summit describe un conjunto de conductas que el niño adopta frente al problema y lo denomina síndrome de acomodación. (6)

- a) Sentimiento de desprotección.*
- b) Mantenimiento del secreto.*

(6) SUMMIT R. *¿Accidente o maltrato? Niños maltratados*. Ed. Morata, Madrid 1998.

- c) *Actitud de acomodación.*
- d) *Denuncia tardía y conflictiva.*
- e) *Retractación de la denuncia.*

SENTIMIENTO DE DESPROTECCIÓN

Cuando un niño/a descubren el significado de lo sucedido, sentimientos de profunda desprotección lo paralizan, queda inmóvil e incapaz de resistirse aunque la madre se encuentre en habitación contigua (S.Sgroi 1980); sus defensas quedan anuladas, lo conducen a la desilusión, a la desesperanza y a exagerar su propia responsabilidad, y por lo tanto a tener sentimiento de culpa sobre los hechos.

MANTENIMIENTO DEL SECRETO

Se mantiene el secreto por vergüenza, culpa, temor al castigo o pérdida del afecto por parte del ofensor inclusive. Temor a la ruptura y pérdida del hogar.

Estos temores se ven reforzados por las amenazas directas de los agresores o partícipes.

ACTITUD DE ACOMODACIÓN

El niño/a vive dos realidades contradictorias:

- 1) Ve que los adultos responsables son figuras llenas de maldad, incapaces de quererlo y preservarlo, sentimientos o pensamientos intolerables con respecto a las personas de las que espera todo lo contrario dada su indefensión.*
- 2) El mismo se siente malo, sucio y merecedor del castigo. Suele elegir esta segunda opción para poder sobrevivir emocionalmente.*

DENUNCIA TARDÍA Y CONFLICTIVA

Se rompe el silencio cuando alguno de los mecanismos de acomodación dejan de ser efectivos pasado un determinado tiempo, por ejemplo, en la pubertad, con los reclamos de libertad que puede hacer sobre todo una niña.

En esta situación, su denuncia no es creíble pues se considera que miente para lograr su libertad y, más aún cuando comunica que el abuso es de larga data.

RETRACTACIÓN DE LA DENUNCIA

Asustado/a por las consecuencias de su denuncia, confronta como reales los tan imaginarios temores amenazantes-divorcios de los padres, abandono económico, etc. En muchos casos se produce un incremento del maltrato por haber denunciado, existiendo aquí re victimización si existe mal manejo institucional del niño/a.

ACTITUDES MATERNAS

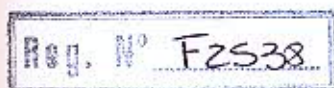
“No todas las madres responden de la misma manera”

- *Están las que creen en sus hijos desde un primer momento y los protegen.*
- *Las que comienzan a protegerlos algún tiempo después de enterarse.*
- *Las que sospechan pero no se atreven a reconocerlo.*
- *Las que saben pero no se dan por enteradas.*
- *Las que creen, quieren proteger a sus hijos pero no consiguen separarse de los ofensores.*

- *Las que prefieren pagar con sus hijas el costo de vivir en una familia aparentemente "normal".*
- *Las que participan en el abuso.*
- *Las que no pueden dejar de mentirse a sí misma.*

¿Qué sucede en la familia ante el desvelamiento de los hechos abusivos?

- *Es frecuente que las familias se disgreguen, al menos temporalmente.*
- *Las madres deben afrontar serios problemas en lo que hace a su propia autonomía y al manejo del dinero.*
- *Dejar el hogar familiar con los hijos, más aun cuando los ofensores dejan de aportar a la economía familiar, a pesar de que pregonan a quien quiera oírlos cuánto aman y extrañan a sus hijos.*
- *Los niños están sumergidos en sus propias crisis emocionales, ante el desvelamiento y los cambios bruscos que se producen en la vida familiar.*
- *Los adultos que deberían contenerlos se encuentran desbordados por la complejidad de la situación.*
- *Las madres suelen estar extenuadas y deseosas de aceptar cualquier justificación o propuestas por parte de los ofensores, para*



olvidar al asunto, seguir viviendo juntos e iniciar una "nueva vida".

SINDROME DE MÜNCHAUSSEN

Simulación por parte del padre madre o tutor, -especialmente por parte de la madre – de síntomas físicos, patológicos, mediante la administración de sustancias o manipulación de excreciones o sugerencias de sintomatología difíciles de demostrar, llevando a interacciones o estudios complementarios innecesarios. (7)

INDICADORES:

- *Visitas reiteradas a médicos y guardias hospitalarias.*
- *Cambio constante de lugares de atención.*
- *Ausencia de un médico estable que controle al niño.*
- *Consultas en fines de semana o en horarios de guardia o nocturnos.*
- *Aplicación de todo tipo de remedios y/o recursos técnicos que agraden al niño.*
- *Conocimiento bastante completo por parte del adulto de síntomas, manifestaciones, clínicas y abordajes terapéuticos.*
- *Nivel educativo medio del adulto.*

Valoración del Maltrato desde la Enfermería

Elementos de la valoración:

La persona, la familia y el entorno, el desarrollo personal o emocional como la seguridad, la socialización, el afecto, las

(7).QUEROL X. *El niño maltratado*. Ed.Pediátrica Barcelona.2000.

actitudes, la contención, los problemas ambientales relacionados con la pobreza, el maltrato, el abandono, la violencia pueden dejar problemas de interrelación entre padres e hijos.

Ejemplos: cuidados inadecuados, maltrato físico, emocional, excesiva preocupación, conflictos generacionales, incoherencia en la educación y valores para un desarrollo personal sano y seguro.

El rol de la enfermera hoy en día es la capacitación, la interacción con el equipo multidisciplinario. (8)

Las necesidades que debe cubrir enfermería:

El papel de la enfermera hoy es fundamental para el conocimiento, la prevención, promoción y brindar cuidados idóneos al niño y a su entorno,

Comprendiendo necesidades alteradas en éstas situaciones.

Virginia Henderson brinda desde sus teorías todos sus elementos necesarios para brindar una atención de calidad, promover un desarrollo óptimo de la población infanto-juvenil, brindando una atención de enfermería segura, amplia, completa y de calidad.

El modelo de la suplencia de V.Herdenson fundamenta nuestro accionar teórico-práctico y científico porque su construcción es abierta y flexible y permite adoptarla a variantes culturales y sociales.

PREVENCIÓN DEL MALTRATO

**Es el conjunto de las acciones destinadas a evitar tanto la aparición del maltrato a un niño o adolescente, como así también las acciones destinadas a disminuir el daño y la cronificación de la problemática una vez producido el mismo.*

(8)Garbarino J. Maltrato psicológico infantil.Clinicas de atención primaria. 2003.

PREVENCIÓN PRIMARIA

Promoción de la salud

- *Acciones orientadas a disminuir la incidencia de casos de maltrato infantil*

Evitar que se produzca el maltrato

Población Objeto → toda la población, incluidos los grupos más vulnerables. Se trabaja con factores protectores y de riesgo.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

- *Acciones orientadas a disminuir la prevalencia de maltrato, es decir la cantidad de casos acumulados, cuando el maltrato ya se ha producido.*
- *Objetivo → detectar precozmente y tratar oportunamente el problema para evitar su profundización y cronificación.*
- *Focalización → casos detectados, potenciando los factores protectores.*

PREVENCIÓN TERCIARIA

- *Intervenciones después de que el maltrato ya está identificado y en tratamiento.*
- *Seguimiento y Rehabilitación evitando la recurrencia del trastorno o de posibles secuelas negativas. (9).*

(9) PRONAP. Programa de actualización Nacional Pediátrica. Buenos Aires, 2003.

INTERVENCIÓN GAR (grupo de alto riesgo)

Grupo que se encuentra ubicado en el Hospital Teodoro Schestakow.

- *El primer caso debe ser la protección del niño/a, lo que implica la permanencia del paciente con adultos capaces de resguardar integridad psicofísica y evitar exponerlo a sufrir malos tratos o presiones que respondan a las necesidades de los adultos.*
- *Es poco frecuente que el niño se exprese verbalmente sobre el abuso durante la consulta. Evolutivamente puede no hallarse maduro o bien estar emocionalmente imposibilitado para la expresión verbal.*
- *Primero debe interrogarse al adulto que trae al paciente a la consulta.*
- *En la entrevista con el niño/a el equipo no debe interrogar con preguntas dirigidas, ya que pueden influir en sus respuestas.*
- *Es mejor no preguntar ni interrogar, que hacerlo de manera inconveniente.*
- *Recordar que "hay un niño/a que está haciendo un enorme esfuerzo por romper un secreto y modificar una situación".*
- *No realizar preguntas compulsivas sobre el tema porque aumenta la inhibición del niño/a para expresarse.*

¿Quiénes pueden denunciar?

Toda persona que haya sido víctima del hecho delictivo. Cuando la víctima fuera un menor de edad, lo podrán efectuar sus representantes legales.

Si el menor fuera víctima del delito cometido por sus padres o representantes legales, cualquier persona que tenga conocimiento del hecho.

¿Donde debe efectuarse la denuncia?

La denuncia debe efectuarse en la seccional policial del domicilio donde haya ocurrido el abuso.

También puede efectuarse en la fiscalía correccional en turno (Palacio de Justicia).

¿CÓMO DEBEMOS PROCEDER ANTE UN ABUSO O MALTRATO INFANTIL?

- *Escuchar y contener.*
- *Reconocer el esfuerzo que está realizando el niño/a al exponer su problema.*
- *Mostrarle que se le cree.*
- *Aclararle que lo que le sucede no es su culpa.*
- *Aclararle sus derechos; que lo que le sucede no debería sucederle.*
- *Expresarle que se está dispuesto a seguir escuchándolo cuantas veces sea necesario.*
- *No expresar sentimientos negativos hacia los victimarios, que perjudiquen los acontecimientos*

posteriores. No hay que olvidar que puede existir un vínculo íntimo con la figura agresora.

- *El diagnóstico de abuso sexual infantil se realiza mediante la sumatoria de elementos surgidos durante la entrevista social, psicológica y el examen físico.*
- *El examen físico es necesario, pero debe ser realizado en tiempo y forma y muchas veces la revisión inoportuna de la zona genital y anal, con prematura y sin aviso ni aceptación por el niño, representa para éste experimentar una nueva situación abusiva, que reedita las ya vividas como traumáticas.*

Elementos de sospecha

Durante la entrevista de los padres o cuidadores:

- *Retraso inexplicable para consultar al médico.*
- *Discrepancia entre la historia relatada y las características del daño.*
- *Explicación incompatible con la edad y el desarrollo físico y motor del paciente.*
- *Modificación del relato en sucesivas oportunidades o con diferentes profesionales.*
- *Diferentes historias narradas por los padres al ser entrevistados separadamente.*
- *Historia de traumatismos o accidentes frecuentes.*
- *Infecciones o intoxicaciones sin causa demostrable.*

Durante el examen, observando al niño:

- *Niño desconfiado y excesivamente alerta.*
- *Niño apático, sometido, con respuesta estoica ante los procedimientos dolorosos.*

- *Injurias que parecen más antiguas que lo relatado en la anamnesis.*
- *Presencia simultánea de diferentes tipos de lesiones.*
- *Presencia de múltiples lesiones en diferentes estadios evolutivos.*
- *Múltiples lesiones producto de una única causa.*
- *Lesiones sospechosas, disimuladas con curas plásticas, con el cabello o con ropas.*
- *Evidente falta de higiene, alimentación y cuidados en general.*

Cuando se sienta a punto de perder el control que recuerde:

- *Que procure poner distancia entre él /ella y el menor, aún dentro de su mismo hogar.*
- *Si es posible, que dé una caminata lo suficientemente larga que le permita recobrar la calma.*
- *Si no puede salir de su casa, que concentre su energía en alguna labor fuerte que le ayude a descargar su cólera.*
- *Que se tome unos minutos para hacer ejercicios y relajarse.*
- *Que llame a alguien de su confianza y converse un rato mientras se tranquiliza.*
- *Que piense en algo agradable que le ayude a aliviar su tensión.*
- *Que busque ayuda profesional. (10)*

(10) Levitt C. *Evaluación médica del niño sometido a abuso sexual. Clínicas de atención primaria 1998.*

- *Que tenga presente que su problema no es el único. Transmitirle que muchos otros han pasado por lo mismo y han logrado vencer. ¿Por qué no usted?*

CAPÍTULO II:

DISEÑO METODOLÓGICO.

Diseño metodológico.

DISEÑO: CUANTITATIVO-DESCRIPTIVO- ANALITICO

Se elige la metodología cuantitativa por ser la mas adecuada para comprender la realidad del conocimiento en el personal de enfermería a estudiar, validando la subjetividad de lo investigado, construyendo la fundamentación a la luz del marco teórico y de los resultados en un escenario real que es el Hospital Teodoro J. Schestakow.

Se tratará de describir el modo en que el personal de enfermería entiende sus conductas, acciones y conocimientos con un muestreo intencional.

Es descriptivo porque intentara determinar según las clases de maltrato cuales son sus principales indicadores y sus riesgos.

Se realizo una encuesta con 4 preguntas las cuales fueron divididas en:

- 1. Tipos o categorías de maltrato infantil.*
- 2. Principales indicadores de maltrato.*
- 3. Si el personal de enfermería cree o no estar capacitada.*
- 4. Si conoce signos y síntomas.*
- 5. Como se debe proceder ante un posible caso de Maltrato infantil.*

Área de estudio: fue realizado en el Hospital Teodoro J. Schestakow en los Servicios de Pediatría, Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica y en Neonatología entre los meses de enero y junio del 2009

Universo: en el presente estudio se incluyo a 30 personas de profesión Enfermera, de 23 a 56 años de edad a las cuales se les entregó una encuesta.

Por ser éste un número adecuado para el objetivo del estudio no se aplicó técnica de muestreo.

Muestra y técnica de estudio: en la siguiente investigación se incluyo a Enfermeras del servicio de U.T.I Pediátrica, pediatría y neonatología entre 23 a 56 años de edad, a los cuales se les entrego una encuesta.

MATERIAL

- Variables de identificación: edad, sexo, profesión, antigüedad.
- Variables que influyen en el maltrato: biológicos, psicológicos y socioculturales.
- Variables de tipos de maltrato.
- Variables de indicadores de maltrato.

Tipos de maltrato:

- *Maltrato físico*
- *Maltrato psicológico o emocional.*
- *Abandono o negligencia.*
- *Abuso sexual.*
- *Síndrome de Munchausen. (abuso por poder).*
- *Niño adolescente en riesgo.*

Indicadores:

- Maltrato físico: (heridas o raspaduras, violencia doméstica).
- Maltrato psicológico: (burlas, desprecio, encerrar al niño en una habitación, insultos, mentiras y reproches).
- Abandono o negligencia: (carencia en la higiene, falta de cuidados).

- Abuso sexual: (dificultad para caminar o sentarse, fugarse, temor al contacto con adultos, poseer conocimientos inusuales para la edad).
- Síndrome de Munchausen: (inventar enfermedades, consultas al médico a repetición).
- Niño adolescente en riesgo: (incitarlo a actos delictivos, fomentar hábitos adictivos, trabajo forzoso).

Se encuestaron a 30 enfermeras con el objetivo de comprender si conocen o no los signos y síntomas de maltrato infantil y si saben como actuar.

Se tratará de determinar cuales de estos factores son los más relevantes.

El diseño del estudio cuantitativo-descriptivo en cual se refiere cuanto sabe el personal de enfermería sobre signos y síntomas de maltrato y abuso infantil; que podemos prevenir.

La población se conformo con profesionales de 23 a 56 años de edad, de ambos sexos, que cumplen su jornada laboral en el Hospital Teodoro J. Schestakow de Mendoza, San Rafael.

Se seleccionaron los servicios de neonatología, terapia intensiva pediátrica y pediatría para facilitar una estadística para dicho trabajo con distintas opiniones a través de las encuestas.

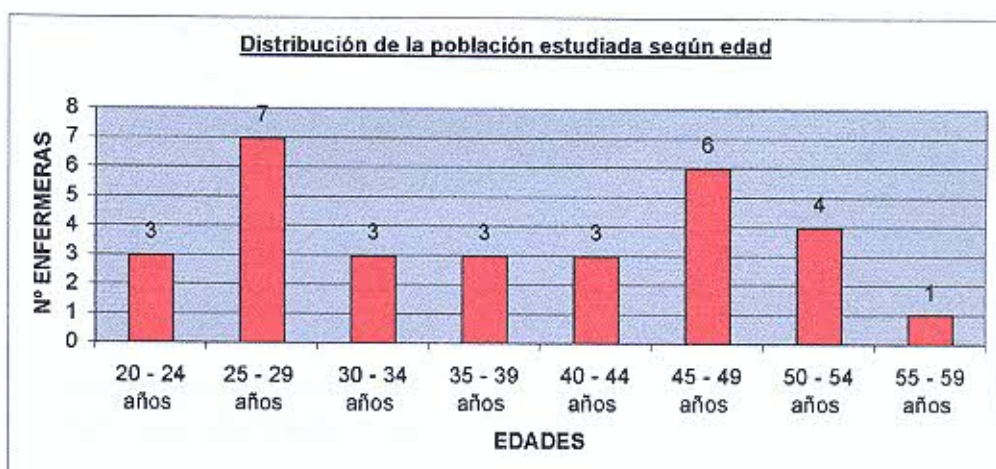
GRÁFICOS Y TABLAS

TABLA N° 1: DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EDAD.

INTERVALO DE FRECUENCIA (Edad)	N° DE ENFERMERAS (f)	F %	Fa
20 - 24 años	3	10%	10%
25 - 29 años	7	24%	34%
30 - 34 años	3	10%	44%
35 - 39 años	3	10%	54%
40 - 44 años	3	10%	64%
45 - 49 años	6	20%	84%
50 - 54 años	4	13%	97%
55 - 59 años	1	3%	100%
Total	30		

FUENTE: Datos obtenidos a través de encuestas realizadas por autoras en los servicios de Pediatría, UTI Pediatría y Neonatología del Hospital T.J. Schestakow durante los meses de Enero a Junio de 2009

GRÁFICO N°1:



Comentario: Podemos observar en éste gráfico que el mayor porcentaje de personal encuestado oscila entre los 25 a 29 años de edad, el cual se desempeña como personal de enfermería.

TABLA N° 2: DISTRIBUCION DE LA POBLACION ESTUDIADA SEGÚN SEXO.

SEXO	ENFERMERO/A	F %	Fa
Masculino	1	3%	3%
Femenino	29	97%	100%
Total	30		

FUENTE: Datos obtenidos a través de encuestas realizadas por autoras en los servicios de Pediatría, UTI Pediatría y Neonatología del Hospital T.J. Schestakow durante los meses de Enero a Junio de 2009

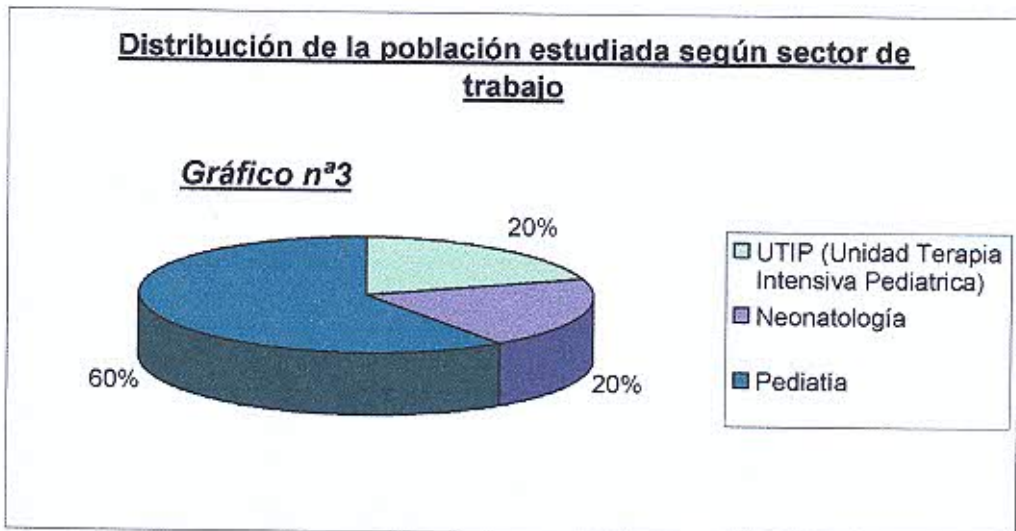


Comentario: El mayor porcentaje de las personas encuestadas es femenino, solo un 3% es masculino.

TABLA N°3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN SECTOR DE TRABAJO.

SERVICIOS DE INTERNACION	Nº DE ENFERMERAS (f)	F %	Fa
UTIP (Unidad Terapia Intensiva Pediátrica)	6	20%	20%
Neonatología	6	20%	40%
Pediatría	18	60%	100%
Total	30		

FUENTE: Datos obtenidos a través de encuestas realizadas por autoras en los servicios de Pediatría, UTI Pediatría y Neonatología del Hospital T.J. Schestakow durante los meses de Enero a Junio de 2009



Comentario: El 60% de los enfermeros encuestados se desempeña en el área de pediatría, el 20% en el área de neonatología y el 20% restante en unidad de terapia intensiva pediátrica.

TABLA N°4: DSITRIBUCIÓN DE LA POBLACION ESTUDIADA SEGÚN AÑOS DE ANTIGUEDAD.

INTERVALO DE FRECUENCIA (Años de Antigüedad)	N° DE ENFERMERAS (f)	F %	Fa
0 - 1 Año	2	7%	10%
1 - 4 Años	11	36%	46%
4 - 9 Años	3	10%	56%
10 - 14 Años	4	13%	69%
15 - 19 Años	2	7%	76%
20 - 24 Años	4	13%	89%
25 - 29 Años	2	7%	96%
30-34 Años	2	7%	100%
Total	30		

FUENTE: Datos obtenidos a través de encuestas realizadas por autoras en los servicios de Pediatría, UTI Pediatría y Neonatología del Hospital T.J. Schestakow durante los meses de Enero a Junio de 2009



Comentario: El mayor porcentaje de los enfermeros encuestados está comprendido en un período de trabajo de 1 a 4 años, o sea, a los de recién ingreso.

TABLA N°5: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN NIVEL DE CAPACITACIÓN.

NIVEL DE CAPACITACION	N° DE ENFERMERAS (f)	F %	Fa
CPACITADO	16	53%	53%
MEDIANAMENTE CAPACITADO	9	30%	83%
NO CAPACITADO	5	17%	100%
Total	30		

FUENTE: Datos obtenidos a través de encuestas realizadas por autoras en los servicios de Pediatría, UTI Pediatría y Neonatología del Hospital T.J. Schestakow durante los meses de Enero a Junio de 2009



Comentario: El 53% del personal enfermero encuestado está capacitado para reconocer y actuar frente a una sospecha de abuso sexual, el 30% se siente medianamente capacitado y el 17% no se siente capacitado.

TABLA N°6: DSITRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SITUACIONES DE MALTRATO INFANTIL A INTERVENIR.

SITUACIONES DE MALTRATO INFANTIL A INTERVENIR	N° DE ENFERMERAS (f)	F %	Fa
Maltrato físico	7	23%	23%
No sabe	7	23%	46%
Todos	16	54%	100%
Total	30		

FUENTE: Datos obtenidos a través de encuestas realizadas por autoras en los servicios de Pediatría, UTI Pediatría y Neonatología del Hospital T.J. Schestakow durante los meses de Enero a Junio de 2009

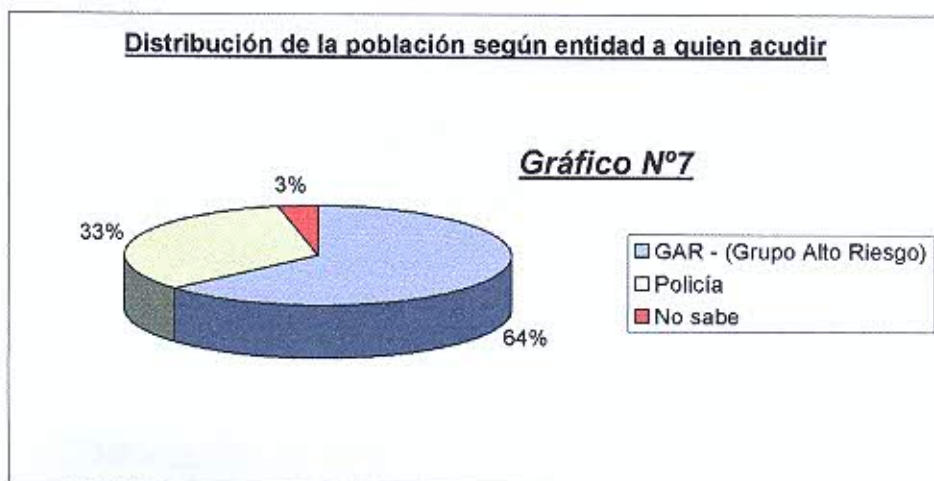


Comentario: El 54% de los enfermeros encuestados se siente capacitado para intervenir ante una situación de maltrato infantil, el 23% no sabe como actuar y otro 23% se siente capacitado para intervenir en todo tipo de situaciones de maltratos.

TABLA N°7: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ENTIDAD A QUIEN ACUDIR EN CASO DE DENUNCIAR MALTRATO.

ENTIDA A QUIEN ACUDIR	N° DE ENFERMERAS (f)	F %	Fa
GAR - (Grupo Alto Riesgo)	19	64%	64%
Policia	10	33%	97%
No sabe	1	3%	100%
Total	30		

FUENTE: Datos obtenidos a través de encuestas realizadas por autoras en los servicios de Pediatría, UTI Pediatría y Neonatología del Hospital T.J. Schestakow durante los meses de Enero a Junio de 2009

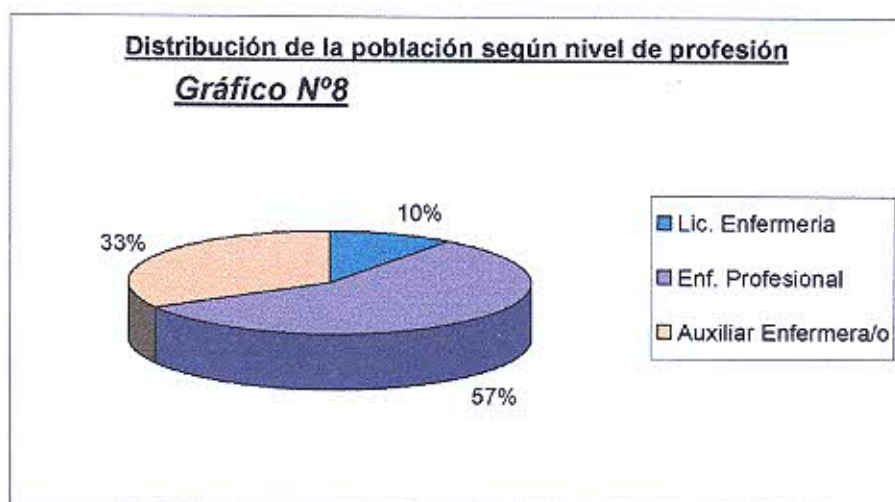


Comentario: El 64% de los enfermeros encuestados ante una situación de maltrato acude al G.A.R. (grupo de alto riesgo), el 33% acude a la policía y el 3% restante no sabe a donde acudir a denunciar posibles casos de maltrato.

TABLANº8: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SU NIVEL DE PROFESIÓN.

NIVEL DE PROFESIÓN	Nº DE ENFERMERAS (f)	F %	Fa
Lic. Enfermería	3	10%	10%
Enf. Profesional	17	57%	67%
Auxiliar Enfermera/o	10	33%	100%
Total	30		

FUENTE: Datos obtenidos a través de encuestas realizadas por autoras en los servicios de Pediatría, UTI Pediatría y Neonatología del Hospital T.J. Schestakow durante los meses de Enero a Junio de 2009



Comentario: El 57% del personal encuestado es enfermero profesional, el 33% es auxiliar de enfermería y el 10% es licenciado en enfermería.

TABLA MATRIZ: CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS Y SINTOMAS DE MAL TRATO Y ABUSO INFANTIL POR PERSONAL DE ENFERMERIA HOSPITAL IECUORO J. SCHESSTAKOW ENIRE LOS MESES DE ENERO A JUNIO DEL 2009									
EDAD	SEXO	PROFESION	LUGAR DE DESEMPEÑO	ANTIGÜEDAD AD AÑOS	CAPACITADO	MEDIANAMENTE CAPACITADO	NO SABE	TODOS	FISICOS
23	F	ENF. AUXILIAR	NEONATOLOGÍA	4		X			
24	F	ENF. AUXILIAR	PEDIATRÍA	8 MESES			X		
25	M	ENF. PROFESIONAL	U.T.I.P	6	X			X	X
25	F	ENF. PROFESIONAL	PEDIATRÍA	1		X			
26	F	ENF. PROFESIONAL	U.T.I.P	1			X		X
26	F	ENF. AUXILIAR	U.T.I.P	1			X		
27	F	ENF. PROFESIONAL	NEONATOLOGÍA	3		X			X
28	F	ENF. PROFESIONAL	PHIATRÍA	7		X		X	
29	F	ENF. PROFESIONAL	NEONATOLOGÍA	4		X			
30	F	ENF. PROFESIONAL	PEDIATRÍA	9		X		X	
32	F	ENF. PROFESIONAL	PEDIATRÍA	12	X			X	
33	F	ENF. AUXILIAR	PEDIATRÍA	7	X			X	X
36	F	ENF. PROFESIONAL	PEDIATRÍA	14	X			X	
36	F	ENF. PROFESIONAL	PEDIATRÍA	10	X			X	
38	F	ENF. PROFESIONAL	PEDIATRÍA	2		X			X
42	F	LIC. ENFERMERIA	PEDIATRÍA	25	X			X	
42	F	ENF. PROFESIONAL	PEDIATRÍA	15	X			X	
43	F	ENF. AUXILIAR	U.T.I.P	3 MESES		X			
46	F	LIC. ENFERMERIA	U.T.I.P	23	X			X	
46	F	ENF. PROFESIONAL	U.T.I.P	25	X			X	
47	F	ENF. PROFESIONAL	PEDIATRÍA	12	X			X	
48	F	ENF. AUXILIAR	NEONATOLOGÍA	4	X				X
48	F	ENF. AUXILIAR	PEDIATRÍA	20	X			X	
49	F	ENF. PROFESIONAL	NEONATOLOGÍA	20	X			X	
50	F	ENF. AUXILIAR	PEDIATRÍA	20	X			X	
51	F	ENF. AUXILIAR	PEDIATRÍA	2		X			
52	F	LIC. ENFERMERIA	PEDIATRÍA	19	X			X	
52	F	ENF. PROFESIONAL	PEDIATRÍA	4			X		X
56	F	ENF. PROFESIONAL	PEDIATRÍA	30	X			X	
23		ENF. PROFESIONAL	NEONATOLOGÍA	3			X		

FUENTE: de elaboración propia con datos recabados en el Hospital T. J. Schesstakow en los servicios U. T.I.P, Neonatología y Pediatría.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El tamaño de la muestra, de 30 Enfermeras/o se determino por medio del paquete estadístico que un 53% se encontraba apto para detectar todo tipo de maltrato o abuso infantil, 30% medianamente capacitado y el 17% no se consideraba idóneo en este tema.

De acuerdo a los servicios que cuenta el hospital se seleccionaron aquellos que trabajan con niños para que la muestra fuera más fidedigna y a los cuales este tema es de mayor interés, (29 mujeres y 1 hombre respectivamente), y colaboraron en la siguiente muestra la siguiente cantidad de personal de enfermería: 6 del servicio de Neonatología, 6 del servicio Unidad Intensiva Pediátrica (U.T.I.P) y 6 del servicio Pediatría. Las personas se extrajeron al azar y enseguida se identifico el problema correspondiente.

Una vez localizado el personal se le entregó una encuesta anónima, tenían que alegar edad, sexo, profesión, a que servicio correspondía, antigüedad laboral, también, se le aplicó una grilla de tipos de maltrato y los tenían que identificar con los indicadores correspondientes; más una selección de preguntas de las cuales tenían que responder si se creían capacitados para detectar los posibles casos de maltratos , en que situaciones de maltrato podrían intervenir y si estaba en su conocimiento a donde denunciar si divisaba algún tipo de injuria.

Las auto-descripciones de 16 (53%) participantes correspondieron a enfermeros capacitados; ellas/el respondieron que se encontraban aptos para detectar todo tipo de maltrato o abuso infantil; en comparación con los medianamente (30%) y no capacitados (17%) para divisar signos o síntomas sobre esté tema. Del total de encuestas (45) disponibles, retornaron 30 (67 %). Entre los enfermeros que respondieron a las mismas, la mayoría (97%) era del sexo femenino, y (3%) sexo masculino, con edad en general entre 23 a 56 años, con una antigüedad

laboral entre 1 a 30 años , donde se identifico al mayor número de personas con una antigüedad de 1 a 4 años (37%); siendo 10% Licenciados en Enfermería, 57% Enfermeros profesionales, 33% Auxiliar en Enfermería. 53% se creía capacitado para detectar cualquier tipo de maltrato, 30% medianamente capacitado, 17% sin experiencia en el tema.

El número de 47% de enfermeros con poca y sin conocimiento, sintió gran interés por el tema ya que se presentaban grandes incógnitas sobre el mismo, y le dieron gran importancia a la indagación ya que no conocían sobre los tipos de maltratos que pudieran existir; 23% no sabía como intervenir en los mismos, otro 23% sólo podría inmiscuirse en los maltratos físicos, 54% opinaba que podía interferir en todo tipo de agravios.

CONCLUSIÓN

El personal de Enfermería con mayor antigüedad demostró mayor seguridad con respecto a éste estudio, sin embargo surgieron muchas incógnitas en el personal que rondaban entre el 1er y 4to año de antigüedad. A través de estas encuestas se esgrimió para evaluar y evaluarse los conocimientos acerca del maltrato ó abuso infantil en los ámbitos de nuestro trabajo ó fuera de ello.

La real magnitud del maltrato ó abuso infantil es difícil de determinar, es por ello que hemos trabajado sobre el mismo, ya que con las estadísticas obtenidas nos reflejan un porcentaje superior de personal relativamente nuevo trabajando con niños.

El análisis de las opiniones de las enfermeras nos ha reflejado que ha sido de gran interés y preocupación de capacitarse más sobre el tema. Los profesionales de enfermería están en una posición privilegiada para la prevención, detección y atención de situaciones de situaciones de riesgo y maltrato infantil, ya que son los que están más cerca del niño, con frecuencia los primeros en ver al paciente y familia en el momento del ingreso. Se lo observa, se evalúan no tan solo los aspectos físicos sino también de los aspectos de interrelación del niño-familia-entorno.

Cuando descubrimos ó sospechamos que existe algún tipo de maltrato no hemos de olvidar de recoger de todas nuestras observaciones en los registros de enfermería, evitando juzgar; pues es muy importante que transmitamos nuestras sospechas al resto del equipo para que den especial atención a determinados aspectos que pueden confirmar o no nuestras sospechas.

Los niños que sobreviven a los maltratos viven marcados por el trauma emocional que permanecerán mucho después de que los golpes físicos hayan desaparecido. Estas heridas ocultas pueden ser tratadas, el reconocer y dar tratamiento a tiempo es muy importante para minimizar los efectos a largo plazo causados por el abuso ó maltrato infantil. A menudo, el daño emocional no se manifiesta hasta la adolescencia ó hasta más tarde cuando se convierten en padres abusivos, sin el tratamiento adecuado este daño puede permanecer toda la vida.

Hemos de ser conscientes del fenómeno multicausal del maltrato infantil y de ésta manera hemos de incidir en la divulgación, instrucción y educación poblacional sobre estrategias prioritarias que pueden permitir a todos tener conciencia de esta problemática, así pues el abordaje terapéutico tiene que ser integral y multidisciplinar.

PROPUESTAS.

Al ver que el personal enfermero que presta cuidados y atención directa a los pacientes que pueden padecer éste tipo de patologías con daños físicos como psíquicos, no está capacitado ni siquiera en reconocer la diferencia entre los distintos tipos de maltratos, es que nos vemos en la obligación de capacitar al mismo.

Las propuestas que presentamos están orientadas al personal que trabaja con pacientes pediátricos y neonatales del Hospital Schestakow, al que le daremos charlas informativas sobre el tema, material bibliográfico, folletos, direcciones y teléfonos útiles donde acudir en caso de creer que se está frente a algún caso de maltrato infantil.

También se socializará entre pase de guardia, con las enfermeras que legan a recibir la guardia y las que se van, 15 minutos antes de cada entrega de la misma, recordando los conceptos y viendo algún caso en particular.

BIBLIOGRAFIA.

- ALONSO, J. (1980)
- ALONSO, J. (1981)
- ALONSO, J. (1982)
- ALONSO, J. (1983)
- ALONSO, J. (1984)
- ALONSO, J. (1985)
- ALONSO, J. (1986)
- ALONSO, J. (1987)
- ALONSO, J. (1988)
- ALONSO, J. (1989)
- ALONSO, J. (1990)
- ALONSO, J. (1991)
- ALONSO, J. (1992)
- ALONSO, J. (1993)
- ALONSO, J. (1994)
- ALONSO, J. (1995)
- ALONSO, J. (1996)
- ALONSO, J. (1997)
- ALONSO, J. (1998)
- ALONSO, J. (1999)
- ALONSO, J. (2000)
- ALONSO, J. (2001)
- ALONSO, J. (2002)
- ALONSO, J. (2003)
- ALONSO, J. (2004)
- ALONSO, J. (2005)
- ALONSO, J. (2006)
- ALONSO, J. (2007)
- ALONSO, J. (2008)
- ALONSO, J. (2009)
- ALONSO, J. (2010)
- ALONSO, J. (2011)
- ALONSO, J. (2012)
- ALONSO, J. (2013)
- ALONSO, J. (2014)
- ALONSO, J. (2015)
- ALONSO, J. (2016)
- ALONSO, J. (2017)
- ALONSO, J. (2018)
- ALONSO, J. (2019)
- ALONSO, J. (2020)
- ALONSO, J. (2021)
- ALONSO, J. (2022)
- ALONSO, J. (2023)
- ALONSO, J. (2024)
- ALONSO, J. (2025)

- **Sociedad Argentina de Pediatría.** "PRONAP 2000. Programa Nacional de actualización Pediátrica."
Módulo N° 2. Pautas de control del niño de 1 a 5 años.
Colagenopatías-Abuso Infantil. Diseño Editorial Amigalli.
Laprida 1898. PB.0.1423
Buenos Aires 2000. Capital Federal
- **Sociedad Argentina De Pediatría.** "Archivos Argentinos Pediátricos." Volumen 105, N°4. Julio/ Agosto 2007.
Buenos Aires.
- **INTEBI, IRENE V.** "Abuso Sexual Infantil en las mejores familias"
Editorial Granica.
Buenos Aires 2008.
- **GROSMAN, CECILIA.** "Maltrato al menor."
Editorial Universal.
Buenos Aires 2008.
- **RAPPLEY M. Y SPEARE K.** "evaluación inicial y técnicas para la entrevista en el abuso sexual de niños".
Editorial Amigalli.
Buenos Aires, 2003.
- **ARRUABARRENA MADARIAGA.** "explicaciones etiológicas de las diferentes situaciones de maltrato y abandono infantil"
Manual de protección infantil.
Editorial Masson, Barcelona, 1998.
- **BRINGIOTTI M.** Maltrato Infantil, factores de riesgo. Niño y Dávila Editores Bs. As. 2000
- **IRUNGARAY E.** Participación del pediatra para prevenir el maltrato infantil. Pronap 2000.
- **BARRERA L.** la agresividad encubierta en la educación del hijo. Revista del Hospital de Niño Pedro Elizalde 1993.
- **GARROTE N.** Sociedad Argentina de Pediatría, Pronap 2000, Módulo N°2.
- **NEWBERGER E.** Abuso físico de niños. Clínica de atención primaria 1993.

- **SUMMIT R.** *¿Accidente o maltrato? Niños maltratados.* Ed. Morata Madrid 1998.
- **QUEROL X.** *El niño maltratado.* Ed. Pediátrica Barcelona 2000.
- **GARBARINO J.** *Maltrato psicológico infantil. Clínica de atención primaria* 2003.
- **PRONAP.** *Programa de actualización Nacional Pediátrica.* Bs. As. 2003.
- **LEVITT C.** *Evaluación médica del niño sometido a abuso sexual.* Clínica de atención primaria 1998.

ANEXOS.

MODELO DE ENCUESTA.

ENCUESTA ANÓNIMA Y CONFIDENCIAL.

OBJETIVO: conocer cuánto saben de signos y síntomas de Maltrato Infantil las enfermeras que trabajan con niños hospitalizados.

Edad:

Sexo:

Profesión:

Lugar de trabajo (servicio):

Antigüedad laboral:

1- enumere, como en el ejemplo dado, los indicadores que corresponden, según a sus conocimientos, a los distintos tipos de maltrato.

Tipos de maltratos

1-Maltrato físico

2-Maltrato emocional

3-Abandono

4-Abuso sexual

5-Maltrato psicológico

6-Explotación laboral

7-Maltrato de corrupción

8-Síndrome de Münchausen

Indicadores

- Carecía en la higiene
- Dificultad para caminar
- Heridas o raspaduras
- Trabajo forzoso
- Burla, crítica, desprecio
- Violencia doméstica
- Falta de cuidado (3)
- Se fuga constantemente
- Incitarlo a actos delictivos
- Consultas a médicos
- Fomentar hábitos adictivos
- Inventar enfermedades
- Encerrar al niño en la habitación
- Insultos, mentiras
- Temor al contacto con adultos
- Posee conocimientos sexuales inusuales para su edad

- A. *Como personal asistencial de salud, ¿se cree capacitado para detectar posibles casos de Maltrato Infantil?*
- B. *¿En qué situaciones de Maltrato Infantil cree usted que puede intervenir?*
- C. *¿A dónde cree usted que es más recomendado acudir al querer denunciar un caso de Maltrato Infantil?*

NOTA DE AUTORIZACIÓN.

San Rafael, 21 de diciembre de 2008.

*A la Sra. Enf. Jefe Servicio de Pediatría
Hospital Teodoro Schestakow
Lic. Sandra Alarcos.
S-----/-----D*

Nos dirigimos a UD. Y por su intermedio ante las autoridades que corresponda para solicitarle tenga a bien concedernos el permiso para realizar encuestas anónimas y confidenciales entre el personal enfermero a su cargo, durante los meses de enero a junio del próximo año, con el fin de realizar nuestra tesis de investigación para la carrera de Licenciatura en Enfermería.

A la espera de una pronta y grata respuesta y autorización, aprovechamos en saludarla muy atentamente agradeciéndole desde ya su predisposición.

*Laura Figueroa. Silvia Yanten.
Enfermeras del Serv. De Pediatría.
Estudiantes de 2do año Lic.en Enf.*

San Rafael, 22 de diciembre de 2008.

*Al Sr. Enf. Jefe Servicio de Unidad Intensiva Pediátrica
Hospital Teodoro Schestakow
Lic. Sergio Guidarelli.
S-----/-----D.*

Nos dirigimos a UD. Y por su intermedio ante las autoridades que corresponda para solicitarle tenga a bien concedernos el permiso para realizar encuestas anónimas y confidenciales entre el personal enfermero a su cargo, durante los meses de enero a junio del próximo año, con el fin de realizar nuestra tesis de investigación para la carrera de Licenciatura en Enfermería.

A la espera de una pronta y grata respuesta y autorización, aprovechamos en saludarla muy atentamente agradeciéndole desde ya su predisposición.

*Laura Figueroa. Silvia Yanten.
Enfermeras del Serv. De Pediatría.
Estudiantes 2do año Lic.en Enf.*

San Rafael, 22 de diciembre de 2008.

**A la Sra. Enf. Jefe Servicio de Neonatología
Hospital Teodoro Schestakow
Enf. Carmen Andrada.
S-----/-----D.**

Nos dirigimos a UD. Y por su intermedio ante las autoridades que corresponda para solicitarle tenga a bien concedernos el permiso para realizar encuestas anónimas y confidenciales entre el personal enfermero a su cargo, durante los meses de enero a junio del próximo año, con el fin de realizar nuestra tesis de investigación para la carrera de Licenciatura en Enfermería.

A la espera de una pronta y grata respuesta y autorización, aprovechamos en saludarla muy atentamente agradeciéndole desde ya su predisposición.

**Laura Figueroa. Silvia Yanten.
Enfermeras del Serv. De Pediatría.
Estudiantes 2do año Lic.en Enf.**